

# LUTA ANTIMANICOMIAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA: O PROTAGONISMO DO USUÁRIO EM DEBATE

**Rafael de Albuquerque Figueiró** • Mestre em Psicologia. Docente do curso de psicologia da Universidade Potiguar. Grupo de Pesquisa Subjetividade e Movimentos Sociais. Laboratório de Saúde Mental. E-mail:figueiroz@hotmail.com | **Leonardo Cavalcante de Araújo Mello** • Mestre em Psicologia. Docente do curso de psicologia da Universidade Potiguar, Grupo de Pesquisa Subjetividade e Movimentos Sociais. E-mail:leo.melloufrn@gmail.com | **Tatiana Minchoni** • Mestre em Psicologia. Docente do curso de psicologia da Universidade Potiguar, Grupo de Pesquisa Subjetividade e Movimentos Sociais E-mail:minchoni.tatiana@gmail.com | **Martha Emanuela Soares da Silva** • Mestre em Psicologia. Docente do curso de psicologia da Universidade Potiguar. E-mail:marthaess@gmail.com

**RESUMO:** O presente artigo se propõe a refletir sobre a participação política dos usuários da rede de saúde mental de Natal/RN, no cenário da reforma psiquiátrica brasileira, tomando como principal analisador a realização da IV Conferência de Saúde Mental Intersectorial (CSMI), na referida cidade, no ano de 2010. O interesse nessa discussão se deu através da inserção do primeiro autor deste trabalho em movimentos sociais locais, sobretudo na ABRASME/RN (Associação Brasileira de Saúde Mental) e no cenário da assistência, através de pesquisa de mestrado realizada em 2009, nos CAPS de Natal/RN. Como ponto de partida da discussão, fazemos um breve histórico do processo de reforma psiquiátrica brasileira, bem como da participação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MLA) nesse processo. Em seguida, partindo da cartografia, enquanto perspectiva teórico-metodológica, trazemos nossa inserção na IV CSMI, problematizando o modo como esta ocorreu, bem como o atual momento da reforma psiquiátrica, particularmente no que diz respeito ao protagonismo dos usuários nesse processo.

**Palavras chave:** Usuários. Reforma psiquiátrica. CAPS. Movimentos sociais. Protagonismo.

## ANTIMANICOMIAL MOVEMENT AND PSYCHIATRIC REFORM: THE PROTAGONISM OF THE USER IN DEBATE

**ABSTRACT:** This article reflects about the political participation of users of mental health network of Natal, in the setting of psychiatric reform in Brazil, taking as the main achievement of the analyzer IV Inter Mental Health Conference in that city in the year 2010. The interest in this discussion takes place by inserting the first author of this work in local social movements, especially in ABRASME-RN (Brazilian association of mental health), and the scenario of healthcare through research Masters held in 2009 in CAPS of Natal. As a starting point of the discussion, do a brief history of the Brazilian psychiatric reform process as well as the participation of the Antimanicomial Movement (MLA) in this process. Then, based on the mapping as theoretical-methodological perspective, we bring insertion in IV IMHC, questioning how this occurred, and the present situation of the psychiatric reform, particularly with regard to the protagonism of users in this process.

**Key words:** Users. Psychiatric reform. CAPS. Social movements. Protagonism.



## ■ 5. INTRODUÇÃO

Nos últimos 30 anos, o Brasil vem acompanhando uma série de transformações no campo da assistência em saúde mental. Na década de 1980, tivemos uma ampla mobilização de trabalhadores da saúde e da sociedade civil em prol da criação do nosso Sistema Único de Saúde (SUS), – passo fundamental das políticas do campo do bem-estar social –, garantindo o acesso à saúde enquanto direito de todo cidadão brasileiro.

No bojo desse processo de redemocratização do país, com uma maior organização dos movimentos sociais e da luta dos trabalhadores por seus direitos, tem-se a melhoria dos serviços e das políticas de saúde e o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA).

Esses movimentos, embora não sendo os únicos, constituem-se enquanto principais instâncias de reivindicação pela melhoria da assistência em saúde mental no país, agrupando usuários, familiares e profissionais do campo da saúde mental. Tal conjuntura política culmina com a aprovação, em 2001 da Lei 10.216 (Lei Paulo Delgado), que prevê a redução gradativa dos leitos psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos como os Serviços Residenciais Terapêuticos, Ambulatórios de saúde mental, Centros de Convivência e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Nesse sentido, a partir da década de 1990, assistimos a uma gradativa ampliação da rede substitutiva, em particular os CAPS, nos dias atuais, a um número de 1620, aproximadamente<sup>1</sup>. Outros dispositivos como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência e leitos em hospitais gerais também tem sido criados em todo Brasil, além de uma série de leis e portarias que visam a garantir o cuidado territorial e a produção de cidadania, colocando a reforma psiquiátrica num estágio bem distante de vinte anos atrás, quando assistíamos as primeiras iniciativas desse processo de mudança.

Além disso, a nossa política nacional de saúde mental tem dado ênfase na qualificação técnica dos profissionais e serviços. Porém, tal conjuntura, por si só, não é suficiente para produzir uma reforma psiquiátrica potente. Sem querer negar o papel que as políticas, os profissionais e todo seu arcabouço técnico-acadêmico representam para os usuários, é possível refletir sobre algumas questões: qual o papel que o usuário ocupa dentro da política brasileira de saúde mental? Podemos falar de autonomia e participação política do usuário dentro dos CAPS e na política de saúde mental de uma forma geral?

Dessa maneira, esse artigo propõe-se a refletir sobre a participação política dos usuários da rede de saúde mental de Natal-RN, no cenário da reforma psiquiátrica brasileira, tomando como principal analisador\* a realização da IV Conferência de Saúde Mental Intersetorial

\* O conceito de analisador diz respeito àquilo que revela as estruturas das instituições, seus conflitos instituinte x instituído. O analisador é quem realiza a análise, colocando a mostra o não dito (LOURAU, 2004, p.45)

(CSMI,) em Natal, realizada em 18 de maio de 2010. Para tanto, cabe retomarmos alguns pontos centrais de nosso cenário atual.

Para refletir sobre esse fenômeno, partimos do lugar teórico-metodológico da análise institucional, mais especificamente da cartografia, enquanto lentes para enxergar o mundo. De uma maneira mais clara, colocamo-nos em campo não coletando dados, mas produzindo-os<sup>2</sup>, não somente como pesquisadores, mas como interventores, sujeitos ativos que acompanham os processos de produção de subjetividade, as linhas de força que compõem a paisagem psicossocial, mas também as produzimos. Em outras palavras, produzimos intervenções, linhas de fuga, bifurcações, que permitam que a vida siga seu fluxo por caminhos mais potentes.

A cartografia é um modo de se posicionar em campo, invertendo a lógica tradicional da ciência. Saímos do ‘conhecer para transformar’ e nos posicionamos no ‘transformar para conhecer’<sup>2</sup> (p.22), acompanhando, com nossos corpos, nossos afetos, as linhas e os conflitos de forças que engendram o real. Mapear essas forças, favorecendo os processos instituintes, revolucionários, esse é o papel do pesquisador cartógrafo.

A cartografia, antes de ser um método, situa-se enquanto discussão metodológica, propondo uma revalorização da dimensão subjetiva em pesquisa. Nesse sentido, tem sido pensada, principalmente, por autores como Gilles Deleuze, Michel Serres, Felix Guattari, Suely Rolnik e Pierre Lévy, ao que se convencionou chamar de filosofia da diferença, com inegável influência do pensamento de Friedrich Nietzsche<sup>3</sup>.

A cartografia, como o próprio nome indica, busca dar conta de um espaço, pensando as relações possíveis entre territórios, capturando intensidades e atentando para o jogo de transformações desse espaço. A cartografia está interessada em experimentar movimentos/territórios, novos modos de existência, sempre a favor da vida, dos movimentos que venham a romper com o instituído<sup>3</sup>. Para tanto, é preciso estar atento aos discursos, aos gestos, ao regime discursivo operante<sup>4</sup>.

Nesse sentido, pesquisar exige uma tomada de posição. Uma posição ético-estético-política. A nossa estava conectada com o desejo de fazer valer a regra nietzscheana de expansão da vida. “O compromisso do pesquisador é com a vida, [...] percebendo que linhas de força pedem passagem...”<sup>5</sup> (p. 270). Dar passagem aos fluxos de vida/potência. Pesquisa-implicação, pesquisa-intervenção. Como afirma Rolnik<sup>5</sup>,

trata-se [...] de ouvir as linhas de virtualidade que se anunciam e se perguntar: [...] Que agenciamentos são passíveis de trazê-lo à existência, recompor um mundo, relançar o processo? [...] Uma escolha ética, que é mais da ordem da arte do que do método: o que ela visa é criar formas de existência, a favor do processo vital. (p. 271)

Entendemos por processo vital tudo aquilo que diz respeito ao aumento das possibilidades/potência da vida, tudo aquilo que favorece o agenciamento de forças instituintes, enfim, tudo aquilo que se conecta com forças de vida<sup>6</sup>.

Com esse direcionamento teórico-político, inserimo-nos na IV Conferência de Saúde Mental Intersetorial – CSMI (etapa estadual), na qual, realizamos entrevistas e observações, além de participarmos, como convidados, com registros em vídeo/áudio dos debates, plenárias, entrevistas e do evento de uma forma geral.

## ■ 6. O CENÁRIO ATUAL: AVANÇOS E RETROCESSOS

Podemos afirmar que a luta antimanicomial tem início ainda na década de 1970, tendo a frente, principalmente, profissionais da área de saúde, indignados com a situação em que a saúde pública/saúde mental se encontrava naquele momento. Já na década de 1980, o movimento ganhou força política com a participação de familiares e usuários da rede de saúde mental, sobretudo após o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em que se adotou o lema ‘por uma sociedade sem manicômios’<sup>7</sup> (p.45). Segundo o referido autor, o movimento da luta antimanicomial tem início, oficialmente, em 1987, deixando de ter um caráter exclusivamente técnico/assistencial, e passando a incorporar usuários e familiares.

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial se encontra, nos dias de hoje, dividido em dois grupos: a Rede Internúcleos e o Movimento da Luta Antimanicomial<sup>8</sup> (p.178). Após a aprovação da Lei 10216, apoiada pelo Deputado Paulo Delgado, a luta antimanicomial vem se enfraquecendo no cenário político nacional, com grupos cada vez mais cindidos e associações com pouca participação de usuários de serviços de saúde mental. Até mesmo nas instâncias institucionais mais tradicionais de participação e decisão política, percebe-se o enfraquecimento dos usuários, enquanto movimento da sociedade civil organizada.

No corrente ano, acompanhamos, no Brasil, a realização da IV Conferência de Saúde Mental Intersetorial – CSMI, e o que vimos, em geral, foi uma escassa participação de usuários no processo da conferência. Quando essa participação acontece, geralmente é atravessada por questões como a pouca instrumentalização política para uma potente e efetiva participação no processo político da conferência. Além disso, assistimos a um predomínio de técnicos e acadêmicos a frente desses espaços, relegando o usuário ao lugar de espectador diante de processos decisórios importantes. A própria estrutura de uma conferência, com seu funcionamento burocrático (votação, plenárias longas, mesas de debate, etc.) e a condição econômica (falta de recursos financeiros para comparecer ao evento, por exemplo) dos usuários tendem a afastá-los da participação em eventos dessa natureza.

Esse fato pode ser entendido como um simples reflexo do que é comum que aconteça durante todo o processo de participação dos usuários nos serviços: o distanciamento entre eles e as práticas institucionais. Esse aspecto<sup>9</sup> (p. 270) pode se relacionar também com o fato de que os usuários acostumam-se ao silêncio frente ao profissional de saúde-mental, pois acabam acreditando que nada sabe sobre si e sobre seu processo terapêutico.

Nesse sentido, questionamo-nos: o que estamos produzindo, cotidianamente, no campo da saúde mental? Estamos trabalhando por uma maior autonomia e protagonismo dos usuários no processo de reforma psiquiátrica? Estamos produzindo saúde, entendendo esta como algo que agregue esses elementos? Que saúde produzimos?

No Brasil, uma das propostas da reforma psiquiátrica é a mudança na relação que estabelecemos com os usuários. Essa relação, nos dias de hoje, ainda se configura de maneira técnica e desigual, em que de um lado há um sujeito que sabe e deve cuidar e de outro um que nada sabe, devendo, portanto, ser cuidado?

Infelizmente, ainda sobrevive uma lógica que entende o louco apenas como uma vida patologizada, passível de mecanismos de controle do biopoder, que acaba despontecia-



lizando o sujeito com relação a sua própria existência e com relação aquilo que é mais valioso no seu processo terapêutico, que é a sua existência política em prol da garantia de direitos e de participação social.

Avancemos. Continuemos com algumas considerações preliminares. Porque falamos de protagonismo do usuário? Concordando com Vasconcelos<sup>10</sup>, acreditamos que a reforma psiquiátrica brasileira tem investido em equipamentos e políticas de atenção em saúde mental, mas é preciso investir mais fortemente em novas estratégias e atores capazes de agenciar forças instituintes (os usuários?) a esse movimento. Acreditamos que, para fazer alavancar o processo de reforma psiquiátrica, é fundamental que tenhamos a forte presença de usuários nesse processo. Os profissionais e acadêmicos têm um importante saber, são importantes interlocutores, mas não vivem, por dentro, a realidade de um transtorno mental<sup>11</sup> (p.44), não sentem, na pele, a experiência de um surto, não sabem o que significa a perda dos laços sociais pelos longos períodos de internação, a desordem, o caos da desterritorialização que, muitas vezes, é a loucura. Não vivem, também, o preconceito e a exclusão social imposta à diferença na contemporaneidade. É nesse sentido que defendemos o protagonismo dos usuários. Ninguém melhor que o próprio usuário para pensar seu cotidiano, suas necessidades, os serviços, as oficinas, as práticas e, porque não, as políticas e programas de saúde mental.

## ■ 7. A IV CONFERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL INTERSETORIAL – NATAL/RN

Nesse contexto, trazemos para discussão nosso primeiro analisador: a IV CSMI, que tem sua etapa estadual realizada em Natal/RN, em 18 de maio de 2010. A primeira coisa que nos chama a atenção na mesa de abertura: treze pessoas presentes, apenas um usuário. Isso sinaliza um pouco para o modo como esse espaço ‘democrático’ se organiza para pensar e discutir as questões de saúde mental.

A questão não é só burocrática, no sentido dos cumprimentos dos trâmites de abertura da conferência. Ainda na abertura, um usuário pega o microfone, inicia um caloroso discurso acerca das condições dos hospitais psiquiátricos da cidade, da difícil relação dos usuários com a família e do abandono que, não raro, vê-se para com aqueles. Sentados na platéia, observamos, sem compreender, a recusa dos demais espectadores em partilhar daquele diálogo: “*vamos bater palma pra acabar logo*”, disse alguém, próximo a nós, denunciando os muitos desejos de manicômio<sup>12</sup> (p. 53) ainda presentes em nossa sociedade. E isso que não estamos falando de um público leigo, distante do contexto da saúde mental e da reforma psiquiátrica, pois trata-se de um encontro para decidir, opinar, propor os rumos da reforma psiquiátrica em nosso país, reunindo profissionais de saúde mental, estudantes, etc.

Se já não bastasse esse cenário despotencializador, temos, também, poucos usuários participando, de fato, do processo, participando dos debates, propondo algo, ou simplesmente votando. Entendemos que a estrutura da conferência não privilegia os usuários, com plenárias longas, com uma estrutura burocrática, tornando mais difícil a permanência destes no processo de discussão. Mas há, também, outros elementos para pensarmos. Ao conversarmos com um usuário, militante da luta antimanicomial e membro da ABRASME-

-RN, sobre essa ausência de participação e protagonismo na conferência, este nos traz algumas questões: “*o usuário participa quando tem alguém que acredita nele, e isso não acontece. Às vezes a gente diz: vamos convidar o pessoal do CAPS... Ai o pessoal que trabalha lá diz: ‘Ah... eles não estão preparados, pra essa reunião’*”.

O protagonismo do usuário no processo de reforma psiquiátrica tem sido considerado problemático<sup>11</sup> e uma mudança de direção parece algo distante. No nordeste, particularmente no Rio Grande do Norte, não temos ainda associações de usuários, ou grupos de ajuda e/ou suporte mútuo. Para além disso, se quer temos um número significativo de usuários engajados nos debates e no processo de reforma psiquiátrica local.

Diante de tal conjuntura política e subjetiva, passamos a pensar: como tal estado de coisas se produz? Que movimento produz a ausência dos usuários desse processo? Como se produz a apatia e a exclusão? Conforme já sinalizado na fala supracitada, uma possível via para pensar esse problema pode ser o modo como vem se processando o cotidiano desses usuários dentro dos serviços substitutivos. Como vem sendo pensado o cuidado nesses espaços? Que tipo de produção de subjetividade temos no cotidiano de um CAPS, por exemplo?

## ■ 8. O COTIDIANO DOS USUÁRIOS NO CAPS

Entendendo o CAPS enquanto espaço de produção de saúde, logo, espaço de cuidado, esse se torna um elemento importante a ser problematizado. Percebemos que o cuidado em saúde/saúde mental tem se centrado, principalmente, no saber acadêmico, norteador por questões técnicas/tecnológicas e, principalmente, voltado à dimensão biológica do sujeito, entendendo a saúde enquanto algo relativo à remissão de sintomas, produção de bem-estar físico e psíquico. Tal perspectiva tem perdido, então, sua dimensão cuidadora e, com isso, perde potência<sup>13</sup>. Nesse sentido, entendemos o cuidado como um dispositivo (que dispara processos, movimentos) capaz, essencialmente, também como aponta o autor<sup>13</sup> (p.73), de produção de vida, de produção de subjetividade e principalmente de singularização. O cuidado deve resistir. Deve produzir resistência. E, nesse sentido, cuidar produzindo protagonismo, participação e instrumentalização política dos usuários deve ser uma via a ser pensada, no mínimo.

Durante a inserção do primeiro autor deste trabalho nos CAPS de Natal/RN, no contexto de sua pesquisa de mestrado em 2009, algumas situações e movimentos observados indicam, já ali dentro, uma apatia e falta de articulação entre os usuários. Partindo de uma problematização acerca dos modos tradicionais de cuidado em saúde/saúde mental, buscou-se investigar de que maneira vinha acontecendo práticas de ajuda mútua entre usuários, nos CAPS da cidade. A ajuda mútua, um dos elementos pra se pensar o aumento de empoderamento\* de portadores de transtornos mentais, pode ser definida como o acolhimento, o cuidado em direção ao outro que passa por uma mesma problemática. Tais

\* O empoderamento consiste no ganho ou aumento de poder, autonomia e participação política de grupos historicamente excluídos (VASCONCELOS, 2007).

iniciativas podem caminhar na direção do suporte mútuo (ajuda concreta nas atividades do cotidiano) e da organização política de usuários<sup>11</sup>...

Entende-se a categoria do empoderamento como processos de mobilizações e práticas destinadas a promover e impulsionar grupos e comunidades, visando seu crescimento, autonomia, melhora gradual e progressiva de suas vidas, colocando os grupos e comunidade como protagonistas de seus trajetos em suas histórias e contextos. A perspectiva do empoderamento traz, também, a possibilidade de construção de ações determinadas a promover a integração e potencialização de grupos historicamente subalternizados, excluídos, explorados, demantadários de bens elementares à sobrevivência, construindo uma lógica oposta ao tradicional assistencialismo, que promove a dependência, desagregação, e despotencialização política das comunidades e coletivos em nossa sociedade<sup>14, 15</sup>. A inserção em campo sinalizou para uma ausência de movimentos de ajuda mútua entre usuários, ausência de articulação política de qualquer tipo. Apatia.

Refletindo sobre esse fenômeno, agora, acreditamos que a ausência de ajuda mútua entre usuários se coloca enquanto outro importante analisador de um fenômeno bastante problemático, presente no atual contexto brasileiro: a ausência de usuários no cenário político da reforma psiquiátrica brasileira. Nesse sentido, buscamos refletir como o cotidiano dos serviços substitutivos atua, colabora para produzir esse tipo de cenário.

A desarticulação vista no CAPS pode, talvez, ser explicada pelo modo como esse equipamento opera e intervém na vida cotidiana dos usuários. Nesse sentido, um primeiro ponto a ser explorado aqui diz respeito à heterogestão, que, no CAPS, acaba fazendo funcionar um dispositivo de poder e, conseqüentemente, de saber, sobre aquele coletivo, mais especificamente no que diz respeito ao saber dos profissionais de saúde sobre o usuário. No CAPS, são os técnicos quem coordenam e decidem como o serviço deve ou não funcionar.

A posse dos meios de regulação e funcionamento do serviço, ou seja, o controle sobre a vida cotidiana dos usuários é um elemento que opera um dispositivo de gestão de suas vidas, pelo menos enquanto usuários do serviço, que, muitas vezes, age na direção da desarticulação e enfraquecimento deste coletivo. O que se percebe nos CAPS pesquisados é uma estrutura rígida, um funcionamento estático e definido pelos técnicos, quando são os usuários quem deveriam ter maior possibilidade de gestão e invenção das atividades, já que são as suas vidas que estão em jogo<sup>16</sup>.

Durante a realização de sua pesquisa, o autor<sup>16</sup> se depara com um momento em que os técnicos propuseram se reunir para planejar as oficinas, repensar o que vinha acontecendo até então, pensar outras estratégias para avançar nos projetos terapêuticos de cada usuário. O serviço estava vazio, sem usuários e essa seria a condição durante toda a semana. Segundo a coordenação, o serviço fecharia as portas aos usuários e faria apenas expediente interno. “Nestes dias de planejamento, andamos pelos corredores, percebemos o silêncio, sentimos falta dos usuários, do burburinho, das risadas, do cheiro de cigarro”<sup>16</sup> (p.112). Como pensar o cotidiano de um equipamento em condições irreais? Irreal no sentido de extra-cotidiano, já que tal conjuntura, a presença exclusiva de técnicos, não faz parte da realidade de um CAPS e, em nossa opinião, nem deve fazer. Um equipamento de saúde só tem sentido com a presença de seus usuários, principais atores (ou pelo menos assim deveria ser) daquele espaço. Tal concentração de poder na figura do técnico colabora para a manutenção das relações de tutela frente à loucura, o que nos provoca enorme incômodo enquanto pesquisadores e militantes da reforma psiquiátrica.



O incômodo se justifica também por acreditarmos que aquelas pessoas possuem um saber valioso sobre suas situações de vida<sup>11</sup>, sendo capazes de colocá-lo em prática em seus cotidianos para pensar não só sua condição de saúde e respectivo tratamento como suas próprias existências. Acrescente-se a isso, que as pessoas encarregadas de gerir o cotidiano dos serviços e, porque não, a vida dos usuários, são profissionais de diversas áreas, cada vez mais especializados (seguindo as exigências do mercado), agindo de formas cada vez mais específicas e sobre recortes da realidade, cada vez mais distantes da realidade cotidiana daqueles sujeitos<sup>17</sup>.

Dessa forma, o que acontecia dentro do serviço era a invalidação da capacidade dos usuários de pensarem seus cotidianos, refletirem sobre seu próprio tratamento, em última instância, gerirem sua própria existência. O usuário encontrava-se ali infantilizado frente a seu processo de tratamento<sup>17</sup>, o que dificulta qualquer posição de autonomia e empoderamento frente às questões que dizem respeito à sua vida. Os usuários são convidados a participar dos processos decisórios não como sujeitos ativos, construtores de suas realidades, mas como espectadores passivos do processo de gestão do serviço e, talvez, de suas próprias vidas.

Nesse sentido, defendemos um modo de funcionamento do serviço que seja mais flexível, mais permissivo à possibilidade de co-gestão dos CAPS por seus usuários, permitindo, assim, que estes se apropriem destes dispositivos, (re)criando-os e criando condições de funcionamento, que atendam, da melhor maneira possível, suas demandas.

Outro elemento importante para se pensar a desarticulação dos usuários do CAPS é a proposta e o modo como a clínica vem operando nos serviços<sup>16</sup>. Muitas das atitudes dos profissionais do CAPS (em particular dos profissionais psi) são em nome de um “projeto terapêutico”, ou de uma concepção do que seja terapêutico neste serviço.

Segundo o referido autor<sup>16</sup>, nas reuniões de passagem (que acontecem entre um turno e outro de trabalho, com toda a equipe, discutindo questões organizacionais, ou referentes aos projetos terapêuticos de cada usuário) surgiram alguns elementos para se pensar esse fenômeno. Ao discutirem sobre o contrato de uma usuária, decidiram por mudar seus horários para dois dias, que não coincidisse com os dias de um outro usuário, que lhe é bastante próximo. Segundo a coordenação, a intenção era fazer com que ela se desligasse mais facilmente do serviço, já que “eles estão próximos demais” (p. 121). A nosso ver, planejam a despotencialização do coletivo.

Essa atitude tem espaço por se dar em nome de uma proposta terapêutica, de uma determinada concepção de clínica para aqueles sujeitos. Então, se o objetivo do CAPS é promover a alta do paciente e se este se prende ao serviço por possuir vínculos de amizade, estes vínculos se tornam agora um inimigo a ser combatido. Antes de se pensar em saúde, o que acontece aqui é a produção de sofrimento, além da desarticulação e enfraquecimento político daqueles sujeitos, o que dificulta qualquer prática com sentido de empoderamento.

Para fortalecer movimentos instituintes, devemos pensar outras formas de produzir cuidado, formas não dissociadas da produção de vida. Assim, devemos pensar a clínica, talvez, como uma clínica nômade, aquela que se ocupa de espaços adjacentes aos já tradicionais espaços destinados à clínica, pensando sempre em construir modos de existência “não doente”<sup>18</sup> (p.84). Trata-se não só de ocupar-se com outros espaços, no sentido concreto, espacial do termo, mas de navegar por entre linhas de tempo, compreendendo estas enquanto uma certa conjuntura de forças que se concretizam em um certo modo de existên-

cia. Nesse sentido, interessa a essa perspectiva clínica produzir novos modos de subjetivação, de existência, principalmente por entender a saúde enquanto fluidez deste processo, ao passo que a doença consistiria no emperramento do mesmo. Produção de potência.

Potência criadora de vida, dee possibilidades. É nesse sentido que afirmamos um outro modelo de clínica para a reforma psiquiátrica. A mesma clínica capaz de se articular pelo controle da vida tem a potência de agenciar a vida e resistir a esse poder<sup>19</sup>. “A vida se torna resistência ao poder quando o poder toma como objeto a vida”<sup>20</sup> (p. 99).

Nesse sentido, o que Romagnoli<sup>19</sup> propõe é uma clínica articulada a esses princípios de resistência, agindo pelo princípio do acontecimento, que provoca agenciamentos, rupturas com as forças repressoras instituídas, trazendo o novo, a invenção. E é justamente nos encontros, no “entre”, que o acontecimento tem a possibilidade de se atualizar, passar do plano da potência para o plano do concreto, inventando, resistindo<sup>19</sup>.

Criticando a clínica tradicional que, muitas vezes, opera de maneira a-histórica, adaptando subjetividades ao modo de ser dominante e psicologizando a vida cotidiana, a autora defende uma proposta clínica, social, que atue provocando acontecimentos, conexões, acreditando na singularidade dos territórios existenciais, articulando potências. Clínica essa que é de qualquer lugar, qualquer clientela, uma clínica nômade, que se exerce deixando um pouco de lado nosso aparato técnico “psi”, acreditando no acaso, possibilitando contato e acreditando na potência da diferença.

Voltemos, agora, à realidade apresentada no início dessa comunicação. A IV CSMI. A imagem que nos marca desse evento, como já mencionamos, é a ausência de protagonismo dos usuários. Problemizamos isso por acreditarmos que a Luta Antimanicomial é, sobretudo, uma luta dos usuários, dos Loucos e de todas as pessoas que passam ou passaram por situações de opressão, em instituições psiquiátricas ou não. Como disse um usuário na referida conferência, “*é uma luta de toda a sociedade, não pode baixar a guarda*”. Mas, se é uma luta de toda sociedade, é preciso que, de fato, os diversos segmentos (principalmente os usuários) tenham espaço. Ainda segundo o mesmo usuário, “*a luta antimanicomial vem sendo boicotada por alguns segmentos da sociedade*”. Disso nós até sabemos, mas, de onde vem esse boicote? Dos profissionais? Gestores? Temos uma cisão no atual movimento da luta antimanicomial? Que interesses estão sendo defendidos? Será o dos usuários? Não pretendemos responder tais questionamentos, mas causar, talvez, certo desconforto em nós, militantes, para repensar os atuais rumos da reforma psiquiátrica brasileira.

## ■ 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que entendemos por saúde? O que entendemos por produção de saúde? Os resultados discutidos apontam não só para a dificuldade de se materializar relações de ajuda mútua entre usuários mas, principalmente, a dificuldade que os serviços têm de funcionar com práticas que favoreçam o empoderamento dos usuários, rompendo com as históricas relações de tutela, que atravessam a temática da loucura, agindo na direção da produção de saúde e autonomia.

O empoderamento dos usuários dos serviços de saúde mental é de fundamental importância para se pensar o avanço do movimento da luta antimanicomial, bem como da reforma

psiquiátrica, atualmente liderada por técnicos e intelectuais do campo da saúde mental. Temos que repensar o modo como operacionalizamos o cotidiano dos serviços substitutivos, na tentativa de produzir saúde sim, mas uma saúde que esteja atrelada à idéia de autonomia, empoderamento e participação política.

A problemática presente no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, de pouca articulação política entre usuários, ausência do cenário político e de controle social e enfraquecimento da Luta antimanicomial, deve ser encarada, também, como um problema de saúde, já que a saúde que acreditamos, não está ligada somente a remissão de sintomas. E é nesse contexto que devemos estar atentos ao que produzimos, enquanto profissionais de saúde ou não, dentro ou fora dos serviços de saúde.

Precisamos estar atentos à indissociabilidade da clínica com a política. Perceber que agenciar força ao movimento da luta antimanicomial é fazer clínica. Produzir dispositivos de auto análise e auto gestão é fazer clínica. Perceber, principalmente, que produzir vida é fazer clínica. É nessa direção que acreditamos que deva caminhar os serviços de saúde, sobretudo os serviços de saúde mental.

## ■ REFERENCIAS

- <sup>1</sup> Ministério da Saúde (Brasil). Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador. Brasília, Ministério da Saúde, 2009. [Acesso em: 2010 Jan 15]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps\\_por\\_uf\\_e\\_tipo\\_em\\_31\\_de\\_janeiro\\_de\\_2009.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_por_uf_e_tipo_em_31_de_janeiro_de_2009.pdf).
- <sup>2</sup> Passos, E.; Kastrup, V. e Escóssia, L. (Orgs.). Pistas do método da cartografia. Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009. 209p.
- <sup>3</sup> Kirst, PG. et al. Conhecimento e cartografia: Tempestade de possíveis. In: Kirst, PG.; Fonseca, TMG. (Orgs.). Cartografias e Devires: A Construção do Presente. Porto Alegre: EDUFRGS; 2003. p.91-102.
- <sup>4</sup> Mairesse, D. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In: Kirst, PG.; Fonseca, TMG. (Orgs.). Cartografias e Devires: A Construção do Presente. Porto Alegre: EDUFRGS; 2003. p. 259-272.
- <sup>5</sup> Kirst, PG.; Fonseca, TMG. (Orgs.). Cartografias e Devires: A Construção do Presente. Porto Alegre: EDUFRGS; 2003. 290p.
- <sup>6</sup> Rolnik, S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: EDUFRGS; 2006. 193p.
- <sup>7</sup> Amarante, P. Saúde mental: políticas e instituições: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: Fiocruz/Fiocruz – EAD; 2003. 102 p.
- <sup>8</sup> Vasconcelos, EM. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. Vivência, 2007; 32:173-206.
- <sup>9</sup> Rauter, C; Peixoto, PT. Psiquiatria, saúde mental e biopoder: vida, controle e modulação no contemporâneo. Psicologia em estudo, Maringá, 2009; 14 (2): 267-275.

- <sup>10</sup> Vasconcelos, EM. Abordagens psicossociais: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. v. II. São Paulo: Hucitec; 2008, 333p
- <sup>11</sup> Vasconcelos, EM. O poder que brota da dor e da opressão: 'empowerment', sua história, teoria e estratégias. São Paulo: Paulus; 2003, 384p.
- <sup>12</sup> Machado, LD; Lavrador, MCC. Loucura e subjetividade. In: Machado, LD; Lavrador, MCC.; Barros, MEB. (Orgs.). Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001. p. 45-58.
- <sup>13</sup> Merhy, EE. et. al. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco, TB & Ramos, VC (Orgs.). Semiótica, afecção & cuidado em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 60-75.
- <sup>14</sup> Gohn, MG. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. Saúde soc., São Paulo, 2004; 13(2), 20-31.
- <sup>15</sup> Freitas, MQ. Psicologia social comunitária. In: E. Saforcada & JC. Sarriera (orgs.). Enfoques conceptuales y técnicos en psicología comunitaria. Buenos Aires: Paidós; 2009. 209p.
- <sup>16</sup> Figueiró, RA. Ajuda Mútua no CAPS: o papel do serviço no empoderamento dos usuários. Natal, Rio Grande do Norte. Dissertação [Mestrado em Psicologia] – Programa de pós-graduação em psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2009. 151p.
- <sup>17</sup> Yasui S; Costa-Rosa A. A estratégia de atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos em saúde mental. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 2008; 32 (78-80): 27-37, jan./dez..
- <sup>18</sup> Rolnik, S. Clínica nômade. In: Equipe de Acompanhantes terapêuticos do Instituto A Casa (Org.). Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico. São Paulo: EDUC; 1997, p. 83-100.
- <sup>19</sup> Romagnoli, RC. Algumas reflexões acerca da clínica social. Fractal, Rev. Psicol. [online], 2006; 18 (2): 47-56.
- <sup>20</sup> Deleuze, G. Foucault. São Paulo: Brasiliense; 1988. 145 p.